

---

## O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO VERSUS O DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO NA ORIENTAÇÃO DE DECISÕES JUDICIAIS: CONSIDERAÇÕES.

**JÚLIO CÉSAR FONTANA-ROSA**

**Especialista em Psiquiatria Forense**

**Doutor em Saúde Mental pela Universidade de Campinas**

**Professor Titular de Medicina Legal da Faculdade de Direito do UNIPINHAL**

**Professor Doutor do Depto de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**

Desde épocas remotas da história da humanidade o homem demonstrou sua vocação em classificar, rotular tudo aquilo que rodeia.

Em quase todos nossos momentos somos tocados por alguma forma de classificação. Esta de algum modo se apresenta, seja de forma criteriosa, como aquela que separa as espécies vivas em ordem, classe, gênero, número, etc. ou seja de forma mais grosseira, como dizer que alguém é alto ou baixo, feio ou bonito, etc. Portanto, classificar, especialmente quando se trata de assuntos inerentes ao ser humano, traz conotações consequentemente de rotular e, isto nem sempre é algo desejado pela pessoa,

Quando o rótulo é positivo, nada a questionar, em princípio. Entretanto, quando de alguma forma é pejorativo, é abominado pelo sujeito uma vez que traz consigo a possibilidade de preconceito. Ou seja, ele cria a condição para o preconceito. Assim, se alguém pratica um furto por exemplo, algo que poderia ser ocasional, um acontecimento fortuito na existência daquele sujeito, com chances de não se repetir, quando este indivíduo receber o rótulo de larápio, este vai acompanhá-lo em todos seus movimentos. Em cada ação ou omissão, esta condição inerente ao rótulo vai entrar em sua avaliação. Mesmo que não haja naquele indivíduo a intenção para o ato ilícito.

Deste modo, um certo temor sempre acompanha o ato de classificar, quando ele determina um rótulo. Na história da Medicina isto não é diferente. O diagnóstico de determinadas doenças levava os indivíduos a situações de discriminação, muitas vezes devido a desconhecimentos.

Ao longo dos tempos, e de forma mais efetiva no final do século 19, com as descobertas de Pasteur, entre outras, a Medicina passa a classificar mais sistematicamente os quadros clínicos, separando as doenças em diferentes categorias. Acompanhando esta tendência da Medicina, uma de suas especialidades, a Psiquiatria, também envidou esforços para separar e consequentemente classificar as diferentes categorias de transtornos mentais.

De forma alguma esta classificação se deu de forma pacífica e sem transtornos. É de se dizer, desde início, que muitos autores, nem mesmo traziam nas suas obras, capítulos voltados para o diagnóstico. E mesmo aqueles que se preocuparam em estabelecer diagnósticos, e portanto classificar os transtornos mentais, encontravam dificuldade em estabelecer uma linguagem comum, que pudesse ser praticada em diferentes locais, com costumes e tradições bastante diferentes entre si.

Entretanto, com o advento da globalização do ensino e de novas terapêuticas, com a introdução de novos fármacos, fez-se necessária a busca de uma linguagem comum a todos aqueles envolvidos seja no tratamento, seja nas pesquisas. Deste modo procurou-se aperfeiçoar as classificações já existentes e entre elas destacam-se o **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)** agora em sua 4ª versão, e a Classificação Internacional das Doenças Mentais (CID), agora em sua décima edição (CID-10).

Enquanto o primeiro encontrou em nosso meio uma ampla utilização nas pesquisas principalmente, o segundo, embora igualmente importante para os pesquisadores, consolidou-se como forma de comunicação para fins também administrativos e legais.

Cada vez mais os meios administrativos e legais exigem o auxílio da CID (agora em sua 10ª versão) para definir um diagnóstico de um transtorno mental e suas conseqüências. Nos meios administrativos através dos atestados médicos para licenças, por exemplo. Para os magistrados, nas vias judiciais, vem se tornando imperativa esta definição diagnóstica, conforme temos verificado em nossa atividade como perito judicial e como assistente-técnico em várias situações definem.

Nos colocamos perfeitamente de acordo com esta exigência realizada pelos magistrados. Entendemos que a solicitação tem a finalidade de exigir do perito condições para que possam decidir de forma mais justa possível. Para isso, diferentes questionamentos estão presentes na dependência da área do direito em que se dá o processo.

Assim, nas ações acidentárias, por exemplo, temos a necessidade de estudar o nexo entre o transtorno mental e a que condição que se aventou como causal (ou concausal); avaliar a gravidade do mesmo, ou seja, suas conseqüências em diferentes áreas da atuação do examinando e; finalmente, estabelecer o prognóstico, ou seja, é um quadro definitivo? Tende ao agravamento? Pode evoluir favoravelmente e consolidar uma cura?

Estes questionamentos com referência a gênese, as conseqüências e ao prognóstico dos transtornos mentais exigem respostas precisas. Para que o Psiquiatra Forense possa oferecer este subsídio ao MMJ. Ele precisa de um elemento norteador no seu trabalho que

permita a comunicação. Isto se dá através do diagnóstico. Com a definição do transtorno, temos então, como recorrer à literatura para nos orientarmos quanto as diferentes vertentes do quadro clínico (causas, concausas, conseqüências no patrimônio físico, psíquico e moral e, prognóstico).

O estabelecimento do diagnóstico nos remete a um conhecimento mais aprofundado da literatura existente sobre o transtorno mental.

Para o estabelecimento do diagnóstico temos que considerar basicamente três diferentes dimensões: a síndrome, a personalidade pré-mórbida e os fatores etiológicos (Lopes, 1980).

O conjunto destes elementos é que nos permite o diagnóstico clínico.

Quando não consideramos as diferentes vertentes poderemos incorrer em erros evitáveis.

A síndrome é o primeiro movimento em direção ao diagnóstico quando então apenas observamos suas manifestações. É um conjunto de sinais e sintomas observados naquele transtorno, mas que podem estar presente em outras situações. Por exemplo, ao olharmos para uma pessoa com um quadro psicótico, que alega estar ouvindo vozes e vendo coisas sobrenaturais, podemos, de forma apressada e equivocada realizar um diagnóstico de esquizofrenia. E, num estudo mais cuidadoso, poderemos concluir que se tratava de um quadro agudo, de intoxicação por drogas, que, diferente da esquizofrenia, em algumas horas cessaria sem deixar seqüelas.

Este primeiro olhar, nos remete ao que se designa de síndrome. Neste caso, poderíamos apenas dizer, tendo se apenas os elementos observados neste exame, sem outras informações, que o quadro que ele apresenta é de uma síndrome delirantes-alucinatória. E qual a causa? Qual a gravidade? Qual o prognóstico? Somente com estes dados não poderemos responder a estas indagações, pois poderemos estar frente a uma esquizofrenia, a uma intoxicação por drogas, um traumatismo craniano, um quadro conversivo dissociativo, etc. Cada um com causa, gravidade e prognóstico bastante distintos.

Portanto, precisaríamos de outros informes, ou seja, das outras dimensões do diagnóstico.

Um segundo elemento é a personalidade pré-mórbida que ainda segundo Lopes, 1980, se divide basicamente em três fatores: 1 - fatores sociais, onde se consideram dados da família, de educação, de profissões, políticos, religiosos, meio social em que foi criado, etc; 2 – fatores psicológicos, como por exemplo, a formação da personalidade básica, o nível mental e, o caráter e, 3 - fatores biológicos, tais como herança genética, raça, sexo idade, constituição, etc.

Finalmente, a constelação etiológica, onde temos as causas exógenas, agindo predominantemente sobre o cérebro, tais como os traumatismos, as infecções, intoxicações, desvios metabólicos, desvios alimentares, etc.; e as causas psíquicas, agindo predominantemente sobre o psiquismo, como as vivências pessoais vinculadas a traumas emocionais de diferentes naturezas.

Este conjunto de elementos, aliados, quando necessários aos exames complementares, nos permitiriam então a elaboração do diagnóstico, agora então não mais apoiados exclusivamente em uma “impressão diagnóstica”.

Desse modo, sem nos aprofundarmos mais no assunto, pretende-se que o diagnóstico atenda seu compromisso com as solicitações sejam administrativas, sejam da Justiça.

Nosso ponto seguinte se volta neste momento exclusivamente ao ambiente judicial. Nele vamos encontrar os pontos que nos motivaram o questionamento em tese, ou seja, de decisões judiciais apoiadas em diagnósticos oferecidos por profissional não médico. No caso em questão nos referimos a um relatório interessando a análise de um caso onde se pretendia avaliar possível abuso sexual de uma menor por parte do genitor.

Antes de iniciarmos o questionamento, importante que se frise, que não estamos nesse momento, discutindo se outros profissionais poderiam realizar diagnóstico que sempre foram da alçada de médico. Poderemos sim em outro momento discutir o tema com maior profundidade.

Neste sentido o Conselho Federal de Psicologia (CFP) já exarou parecer 015/96, em seu artigo 1º, parágrafo único, que “fica facultado ao psicólogo o uso do Código Internacional de Doenças CID, ou outros códigos de diagnóstico, científica e socialmente reconhecidos, como fonte para enquadramento de diagnóstico.” É de se questionar, para fins de um entendimento mais apurado, se o instrumental oferecido no curriculum da graduação do psicólogo permite a utilização do Código Internacional de Doenças em todos seus capítulos. Caso o permita, por que não o utilizou?

O que se pretende, neste momento, é avaliar se o material que está sendo oferecido nestes relatórios psicológicos, apoiados em impressões diagnósticas apresentadas na forma de síndromas, por si só oferecem condições para julgamento. Permitem que a guarda de filhos seja modificada quando concluem que uma mãe ou um pai tem algumas alterações do psiquismo? Utilizamos a expressão “guarda” que era a corrente no Código Civil anterior. Hoje substituída pela terminologia “poder familiar”.

Nosso caso ilustrativo para fins de discussão foi escolhido entre outros com as mesmas características que nos remeteram a proposta de discussão em tese. Trata-se de uma

criança, de pais separados, morando com a mãe. Certo dia a mãe escuta da criança notícias de “brincadeiras” que seriam realizadas pelo pai e que envolveriam possíveis abusos deste com a menor. A mãe leva então a menor até um órgão público, indicado para esta denúncia. Lá atendida por uma psicóloga termina por se desentender com a mesma. A psicóloga entendeu que esta mãe estava muito irritada, conforme relato desta última.

O relatório oferecido pelo serviço termina por sugerir que a progenitora não tem condições de ter a guarda da menor (quando da ocasião do laudo o Código Civil, anterior ao atual, utilizava a expressão guarda de menor em vez de poder familiar). Embora a solicitação para o serviço tenha sido de avaliar o possível abuso, este foi relegado a um segundo plano voltando-se a atenção da psicóloga para “incapacidade” da mãe em ter a guarda da menor. Percebe-se nitidamente que houve um desentendimento entre a examinadora e a mãe da criança. E, este relatório, em momento algum trouxe qualquer tipo de diagnóstico que nos permitisse uma conclusão sobre a etiologia, gravidade e prognóstico daquilo que era valorizado pela psicóloga.

Trazia o relatório, apenas considerações de que a mãe apresentava irritabilidade, ansiedade e outras manifestações que indicavam a mudança da guarda. Os elementos observados pela examinadora, apenas permitiam um diagnóstico nos termos sindrômicos, ou seja, sem qualquer outra possibilidade de se avaliar gravidade ou prognóstico. Explico: Se temos um caso de uma pessoa com tosse, febre e dor no peito, com estes dados apenas posso dizer que ela tem um quadro febril.

Por quê? Pelo fato de que estes sinais e sintomas podem estar presentes em várias patologias, tais como uma simples gripe, uma pneumonia ou em um câncer de pulmão. Em todos podemos, num determinado momento verificar exatamente estas manifestações. Entretanto, sem dificuldade podemos concluir que apresentam etiologia, gravidade e prognóstico bastante distintos. Uma gripe, quadro de etiologia viral, salva de intercorrências, em uma semana de repouso e vitamina C estará curada sem qualquer seqüela.

A pneumonia, de etiologia bacteriana na maioria das vezes, em alguns dias, com antibiótico e igualmente estará resolvida, igualmente caso não hajam intercorrências. Quanto ao câncer de pulmão, de etiologia nem sempre esclarecida, entre elas destacando o tabagismo, necessitando de tratamento quimioterápico, e/ou cirúrgico, podemos ter conseqüências bem mais danosas ao indivíduo, inclusive com evolução para o óbito.

Interessante de se observar que com facilidade poderíamos entender que uma mãe que busca esclarecer um fato sobre possível abuso sexual contra sua filha estivesse bastante tensa, principalmente pelo fato de ter que peregrinar por instituições tais como SOS Criança,

Delegacia e outros. Dificilmente poderíamos esperar que alguém o fizesse sem sentir se angustiada.

Por outro lado, não fica coerente pensar que a progenitora estivesse forjando uma denúncia. Por quê? Primeiro porque se tratava de pessoa esclarecida, de alto nível cultural e, segundo, porque procurou órgãos competentes, com profissionais, que se espera, voltados para este tipo de trabalho e, portanto não seria o melhor lugar para se “inventar” uma história, pois ela seria de pronto revelada. E, em todos os locais que esteve, a criança repetiu o mesmo relato, sem contradições, apesar da pouca idade (menos de três anos).

Interessante de se observar, que não existia qualquer queixa com relação à progenitora até a ocasião. Ela detinha a guarda da menor e o pai realizava as visitas com regularidade, sem qualquer conflito. Não havia qualquer manifestação que indicasse que o pai desejasse a guarda anteriormente. A criança visitava o pai, e, portanto era de se esperar que contasse sobre seu convívio com a mãe e ao que se apurou nunca houve nada que permitisse questionar os cuidados oferecidos pela mãe. Ao contrário, estranhamente, o próprio relatório concluía que se tratava de “uma criança feliz”. Quando da solicitação da mãe para a investigação do relato da criança começa então o processo que termina com a mudança provisória da guarda da menor, em caráter de urgência.

Neste processo de mudança de guarda, outra avaliação psicológica, realizada por perita judicial, igualmente incorre neste mesmo tipo de conclusão, diagnóstico sindrômico, na coleta de provas favorecendo a mudança agora de forma definitiva. Neste segundo trabalho, deixou-se de utilizar instrumentos importantes oferecidos pela psicologia, e outros aos quais a perita recorreu, não o fazendo de forma devida e assim, percebe-se que novamente tivemos um resultado, poderíamos dizer, apoiados em uma impressão. Inadmissível para a elaboração de documentos que vão decidir os rumos de vidas ao orientar o magistrado quando este busca nada mais do que fazer a justiça.

Portanto, finalizando, reiteramos que não estamos pretendendo discutir, neste momento, a capacidade deste ou daquele profissional realizar diagnósticos, mas sim, questionar e nos colocarmos contra decisões embasadas neste trabalho que apenas nos oferece uma impressão sobre o examinando. Entendemos ainda, que no caso da examinanda citada, “sua doença” recebeu um tratamento muito agressivo, ou seja, a mudança da guarda. Uma análise mais cuidadosa, realizada paralelamente, inclusive utilizando-se do instrumental de uso na psicologia, não mostrava que havia esta gravidade. O estado emocional demonstrado pela mãe, antes de tudo devia-se às queixas da menor.

Assim, se não formos cuidadosos, podemos tratar câncer de pulmão com vitamina C, e cama, ou gripe, com cirurgia de pulmão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** 4th Edition. American Psychiatric Press, Washington, 1990.

Lopes, J.L. Diagnóstico em Psiquiatria. Cultura Médica, Rio de Janeiro, 1980.